RECHERCHES

SUR

L'INCISION MÉTHODIQUE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES

RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTHRE, COMPARÉE AUX AUTRES MÉTHODES CURATIVES,

PAR

LE Dr M. OLIVET.

EXTRAIT DE LA REVUE MÉDICALE.
CAHIER DE JUIN 1847.

PARIS,
IMPRIMERIE DE EDOUARD BAUTRUCHE,
RUE DE LA HARPE, 90.

1847


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

RECHERCHES

SUR

L'INCISION MÉTHODIQUE,

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTHRE, COMPARÉE AUX AUTRES MÉTHODES CURATIVES.

Il est des méthodes qui sont bonnes en elles-mêmes, mais qui, envisagées d'un point de vue faux ou trop restreint, ne semblent devoir être applicables qu'à un petit nombre de cas; elles perdent alors de leur valeur et sont promptement oubliées.

Telle a été l'incision appliquée aux rétrécissements de l'urèthre : on avait été conduit à penser qu'elle triompherait d'obstacles que l'on ne pourrait surmonter autrement, ou dont on ne se rendrait maître qu'avec peine, d'une manière imparfaite, et au bout d'un temps fort long, à l'aide des autres méthodes. Mais alors on n'a plus vu que des brides à sectionner, des valvules à détruire; on n'a voulu agir que sur une muqueuse boursoufflée ou repliée.

A cet effet, l'on a inventé des instruments qui ne devaient trouver leur emploi que dans des cas exceptionnels ou très-rares ; l'incision est tombée alors, elle a été perdue dans l'esprit de ceux qui comprirent qu'on n'avait entrevu qu'un côté de la question. Telles n'ont pas été les recherches cliniques de M. Petrequin, que nous avons à faire connaître.

Au reste, les autres méthodes de traitement pour les rétrécissements de l'urèthre ont subi le même sort : celles qui sont en vogue de nos jours, ont été tour à tour prônées et abandonnées; elles sont toutes d'origine assez ancienne, ou tout au moins, ne sont que des perfectionnements de celles qu'on employait anciennement.

Alph. Ferri connaissait déjà les bougies et les appliquait à la *dilatation;* plus tard il y ajouta des substances caustiques dans le point qui devait correspondre au rétrécissement.

A. Paré employa également la *cautérisation*, qu'il modifia notablement, et introduisit aussi dans la pratique la *scarification ;* il inventa même dans ce but un instrument particulier.

On a encore cherché à produire une ulcération mécanique en introduisant de force de grosses bougies fermes, qui devaient détruire l'obstacle par la pression qu'elles exerçaient sur les parois de l'urèthre en son point rétréci.

Néanmoins, la thérapeutique des rétrécissements uréthraux fit peu de progrès, parce que depuis l'invasion de la syphilis , on regardait les affections des voies urinaires comme des maladies à part, qui ne pouvaient être traitées par les moyens connus, et les chirurgiens les abandonnaient à ceux qui avaient fait de leur traitement une spécialité ;

de même que jadis les prêtres-médecins les avaient négligées comme incompatibles avec leur caractère. Mais, quand J. Hunter parut, il changea la thérapeutique des rétrécissements : considérant ceux-ci comme suite d'inflammation, comme une induration, il perfectionna et régularisa la *dilatation*, qu'adoptèrent également ses compatriotes les plus distingués. Il pratiqua aussi la *cautérisation* et l'*incision*, et depuis cette époque, ces trois modes de traitement sont popularisés et acquis à la science.

Pour mieux juger de leur valeur respective, jetons un coup-d'œil rapide sur les divers modes de rétrécissements. Ils peuvent être en effet :

1° *Spasmodiques.* — Ceux-ci ne sont admis que depuis les recherches modernes; ils paraissent siéger à la portion membraneuse, et coïncident quelquefois avec le premier degré d'inflammation.

2° *Inflammatoires.* — La phlogose d'un des lobes de la prostate peut, en déviant ou en aplatissant le canal de l'urèthre, mettre un obstacle plus ou moins puissant à l'émission des urines; mais l'hypertrophie simple a, dans ces dernières années, été seule accusée de ces déformations. Quoi qu'il en soit, le mécanisme des rétrécissements de la portion prostatique de l'urèthre, étant tout différent de celui des autres portions de ce canal, nous ne nous en occuperons point ici. Disons seulement que les deux espèces de strictures que nous venons de mentionner, sont celles dont les grosses sondes triomphent le plus facilement.

L'inflammation peut envahir d'autres points du canal, comme on le voit dans l'urèthrite, les ulcérations du ca-

nal, etc., et produire par le gonflement des tissus des rétrécissements, de durée variable.

3° *Organiques*. — Ce sont ceux qu'on a le plus ordinairement à traiter. Ils siégent presque exclusivement à la portion spongieuse et envahissent la muqueuse, le tissu cellulaire sous-muqueux, qui prend alors plus de densité et devient fibro-celluleux ; et enfin le tissu spongieux. Ici l'inflammation s'est propagée de la muqueuse aux corps caverneux ; d'autrefois ceux-ci sont primitivement lésés. Dans les deux cas, les rétrécissements sont produits par les restes d'une phlogose, par le dépôt d'une lymphe plastique plus ou moins concrète, et sont alors l'analogue des indurations que l'on rencontre dans d'autres organes après l'inflammation ; on bien ils reconnaissent pour cause une cicatrisation vicieuse qui a succédé à un ulcère du canal. Plus cet ulcère aura été profond, plus le rétrécissement sera considérable. Autrefois on croyait que tout écoulement purulent de l'urèthre était produit et entretenu par un ulcère; J. Hunter en a nié l'existence, et sans doute il est allé trop loin ; il faut cependant reconnaître que ces ulcérations sont bien moins fréquentes qu'on ne le pensait avant lui.

Enfin, le rétrécissement peut être produit par des *carnosités*. Les anciens croyaient que c'était le cas le plus fréquent ; cependant cette production est assez rare, et on ne la rencontre guère qu'aux deux extrémités de l'urèthre.

Quant à leur forme, les rétrécissements peuvent être *valvulaires*, c'est-à-dire que la muqueuse avec son tissu sous-jacent, est soulevée dans un point du canal, qui répond à une plus ou moins grande partie de la circonfé-

rence de sa paroi. *Diaphragmatiques* quand la circonférence entière du canal est intéressée en un point, et qu'ainsi il se forme un repli circulaire ; ils peuvent être plus étendus et occuper un pouce et plus du canal. Le calibre de celui-ci va alors peu à peu en diminuant, pour reprendre plus loin par degrés, ses dimensions naturelles.

Tous les rétrécissements ne mettent pas un égal obstacle au jet de l'urine, tantôt celle-ci s'écoule moins rapidement, moins régulièrement par un jet plus petit ou sous un angle anormal (*dysurie*), tantôt elle ne s'écoule qu'avec peine et goutte à goutte (*strangurie*), tantôt, enfin, elle ne peut plus couler, il y a rétention complète, c'est l'*anurie*.

Comme nous ne nous sommes proposé que de poser les indications de l'*uréthrotomie*, de démontrer quels sont les moyens de réussite, et d'appuyer notre opinion sur des faits cliniques empruntés au service de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, notre but n'est point d'insister longuement sur l'appréciation des trois méthodes sus-nommées : la dilatation, la cautérisation, l'incision ; établissons seulement une comparaison entre les effets de chacune d'elles, et voyons quelle est leur valeur suivant les divers cas qui peuvent se présenter.

§ Ier. — *De la dilatation.*

La dilatation est pour ainsi dire la méthode générale ; elle est employée par quelques praticiens comme unique moyen thérapeutique des rétrécissements ; elle est en outre indispensable, quels que soient la méthode et les procédés employés. Ainsi, quand le calibre de l'urèthre est trop petit pour permettre l'introduction du porte-caustique ou

de l'instrument tranchant, il faut frayer, au moyen de la dilatation, une voie suffisamment large. Ici l'emploi des instruments dilatateurs n'est qu'un accessoire, et préparateur des moyens qu'on emploiera plus tard; de même quand on a surmonté l'obstacle par la cautérisation ou l'incision, la dilatation devient indispensable pour conserver au canal le calibre qu'une opération vient de lui rendre.

Mais, comme nous l'avons dit, elle a été et est encore mise en usage dans un but entièrement curatif et sans le secours d'aucun autre moyen ; on comprend que les rétrécissements produits par l'engorgement des tissus sous-muqueux, par un reste d'inflammation, sans dégénérescence des tissus existants et sans production nouvelle, on comprend, dis-je, que de semblables rétrécissements céderont à l'emploi exclusif des sondes et des bougies; la dilatation exercera une compression excentrique et favorisera la résolution de la lymphe épanchée. Pour le dire en passant, le même moyen réussit encore dans le cas d'obstacles qui siégent à la portion prostatique, et que nous n'avons fait que mentionner.

Dans les autres espèces de rétrécissements, la dilatation serait insuffisante; elle peut refouler un nouveau tissu, mais non le détruire ou le changer, et ce qu'on aurait gagné par son emploi serait bientôt annulé, par la tendance incessante de la nature à resserrer les parois d'un canal une fois rétréci.

La dilatation est donc applicable aux rétrécissements, récents ou inflammatoires; mais dès qu'il y a métamorphose de tissus, ou tissus de nouvelle formation, elle est impuissante; les lames, ou les cordes fibreuses qu'elle

allonge, qu'elle tiraille, cèdent pendant son emploi, mais dès qu'on l'a abandonnée, elles reviennent sur elles-mêmes, avec une énergie égale à la distension qu'elles ont éprouvée pendant quelque temps.

Au reste, elle a ses inconvénients; elle est longue, douloureuse, peut allumer la fièvre, produire l'inflammation et la suppuration des points indurés; enfin, de l'aveu de ses plus chauds partisans, elles ne produit des cures incomplètes, non durables.

Citons à l'appui des propositions que nous venons d'émettre, quelques observations que nous avons recueillies dans le service de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

OBSERVATION I. — *Rétrécissement organique à 12 centimètres.—Dilatation ; récidive.—Incision méthodique.—Guérison.*

Ant. ....., 34 ans, cordonnier, natif de Chabeuil (Drôme), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 28 février 1844, dans le service de M. Pétrequin pour un rétrécissement de l'urèthre qu'il porte depuis 7 ans. Cet homme n'a eu, ni chancres, ni bubons; il eut une blennorrhagie en 1832 : elle fut bien traitée, et guérie. En 1836, il en contracta une seconde qui guérit au bout de trois mois de traitement. Mais alors, il vit, après chaque miction, s'écouler par la verge un liquide blanchâtre et visqueux, dont la quantité augmenta de jour en jour, et qui s'accompagnait de douleurs au périnée. En même temps le jet des urines devint moins gros, et recommençait quelquefois, lorsque le malade croyait avoir fini d'uriner. Cet état persiste jusqu'à la fin de décembre 1843; le besoin d'uriner se

faisait sentir plus fréquemment depuis quelque temps, et le 28 décembre il essaya en vain d'y satisfaire. Cette rétention avait été produite par un abus de boisson ; il vint alors à l'hôpital pour se faire sonder ; on l'engagea à y rester. Là on employa tous les deux jours la dilatation, au moyen d'une sonde ; et au bout d'un mois, il sortit de l'Hôtel-Dieu dans un état meilleur. Le 28 février 1844, il rentra dans le service de M. Pétrequin, la miction était devenue sanguinolente et douloureuse, depuis huit jours, il ressentait des tiraillements dans l'hypogastre, et des caillots de sang s'échappaient parfois, de l'urèthre, à l'insu du malade, après qu'il venait d'uriner.

On le mit à l'usage des tisanes délayantes, et on le sonda tous les deux jours, avec une sonde métallique, n° 5 (1).

---

(1) M. Pétrequin emploie pour mesurer le calibre des sondes une jauge ou filière dont la graduation est très-facile à retenir ; le n° 1 correspond à 1 ligne de diamètre, et l'échelle procède ensuite par 1/4 de ligne, de manière à représenter le tableau suivant :

Le n° 1	équivaut à	1 ligne de diamètre.
n° 2	—	1 ligne 1/4.
n° 3	—	1 ligne 1/2.
n° 4	—	1 ligne 3/4.
n° 5	—	2 lignes.
n° 6	—	2 lignes 1/4.
n° 7	—	2 lignes 1/2.
n° 8	—	2 lignes 3/4.
n° 9	—	3 lignes.
n° 10	—	3 lignes 1/4.
n° 11	—	3 lignes 1/2.
n° 12	—	3 lignes 3/4.
n° 13	—	4 lignes.
n° 14	—	4 lignes 1/4.

Après chaque cathétérisme, il prenait un grand bain.

Le rétrécissement se trouvait à la paroi inférieure, à 12 centimètres du méat. Le 9 mars, M. Pétrequin y pratique, avec son *uréthrotome*, quatre incisions de deux centimètres environ de longueur, le plan des lames fut dirigé dans le premier temps horizontalement, dans le second verticalement. Le malade perdit peu de sang. On fit une injection huileuse qu'il garda une demi-heure environ, et il prit un grand bain.—Diète.

La section fut sensible pour celui qui tenait la verge, elle fut peu douloureuse pour le malade.

Le 11 mars une sonde d'argent, n° 6, pénètre facilement et sans grandes douleurs, la miction est moins fréquente. Il s'écoula un peu de sang par l'uréthre.

12. — Sonde d'argent, n° 6, grand bain.

13. — Sonde d'étain, n° 7, grand bain. Il ne s'écoule plus de sang après les urines, mais il sort un peu de liquide puriforme. Les yeux de la sonde en ont aussi rapporté un peu. L'émission des urines ne s'accompagne pas de douleurs ; l'introduction de la sonde en cause de légères. Les douleurs hypogastriques et lombaires ont disparu. L'état général est meilleur ; au reste, l'on ne pourra jamais arriver chez ce malade à l'introduction de sondes d'un bien gros calibre, la verge étant ainsi que l'urèthre, d'un diamètre beaucoup au-dessous de la moyenne.

15. — Sonde d'étain, n° 7, peu de douleurs, un peu de pus sanguinolent ; grand bain.

18. — Sondé avec le n° 8 ; la sonde ne pénètre pas dans la vessie. L'introduction en est douloureuse tout le long du canal ; et non pas seulement à l'endroit des inci-

sions, ce qui vient de l'étroitesse déjà signalée du canal. Il ne s'écoule plus de sang, un peu de pus. Grand bain.

20. — Sondé avec le n. 7, qui pénètre dans la vessie. Grand bain; plus de sang, peu de pus.

25. — Une sonde d'étain, n° 8, pénètre pour la première fois dans la vessie. Grand bain. Le même numéro est introduit les jours suivants.

27. — Il sort encore un peu de pus.

30. — Il ne sort plus de pus. Le matin seulement, le malade trouve les lèvres du méat, collée l'une à l'autre, mais sa chemise n'est pas tachée.

Il n'urine plus que deux fois le jour et trois fois la nuit (il urinait toute les demi-heures, à ce qu'il assure).

2 avril. — Le n° 8 pénètre sans difficulté dans la vessie, il ne sort plus de pus. Le malade sort guéri ; il se sondera encore pendant quelque temps tous les jours avec une sonde d'étain, n° 8.

L'observation suivante offrira quelques particularités, qui ne se rencontrent pas dans les autres. Le malade avait en effet, un rétrécissement occupant toute la partie spongieuse du canal, dont le calibre était en outre coarcté en trois endroits différents. Enfin une circonstance qui regarde le traitement, était l'apparition d'accès de fièvre, se déclarant quelquefois après l'introduction de la sonde et après l'urétbrotomie.

OBSERVATION. II. — *Rétrécissements organiques multiples. — 15 blennorrhagies. — Dilatation ; rechute. — Urétrhotomie. — Guérison.*

Camille......., domestique, natif d'Aquila, canton du Tésin (Suisse), âgé de 31 ans, d'un tempérament lym-

pathique, est entré le 2 mai 1844 dans le service de M. Pétrequin pour se faire traiter d'un rétrécissement qu'il porte depuis 6 ans.

A l'âge de 17 ans, il contracta une blennorrhagie qui fut convenablement traitée, et complètement guérie au bout de quarante-deux jours. Trois mois après, il en eut une seconde, et soit qu'elle n'ait jamais entièrement cessé, soit qu'il en ait contracté de nouvelles, il en est maintenant à la quinzième qui date de 1838 et qui dure encore.

Il fut plusieurs fois, atteints de petits chancres, qui n'eurent aucune suite guérirent seuls, et ne laissèrent aucune trace.

Peu de temps après avoir vu paraître sa dernière blennorrhagie, il ressentit de la difficulté dans l'émission des urines. Le jet fut d'abord moindre, ensuite moins fort, puis interrompu ; enfin, depuis un an seulement, la strangurie survint ; il ne pissait plus que par gouttes, et *sur ses souliers* et depuis novembre 1843 (c'est-à-dire depuis six mois) l'urine sortait par regorgement ; quand le malade voulait satisfaire ses besoins, la quantité n'en augmentait pas, et ses efforts, ne tendaient qu'à accroître ses douleurs.

Il resta dans cet état jusqu'au 1er mars 1844, époque où il entra à l'hôpital ; on eut beaucoup de peine à introduire dans le canal les bougies les plus fines, et encore ne dépassaient-elles pas la portion spongieuse. Quand on voulut, au bout de 15 jours, avoir recours à de plus forts numéros, des accès de fièvre intermittente se déclarèrent ; au bout de 22 jours enfin, on parvint dans la vessie avec une bougie nº 4, mais le malade, craignant la fièvre qui se montrait

après chaque cathétérisme, sortit de l'hôpital au bout de 4 semaines.

La miction avait lieu d'une manière relativement satisfaisante, et le malade se sentait très soulagé.

Lors de sa rentrée à l'hôpital le 2 mai 1844 il portait, outre sa blennorrhagie et son rétrécissement, une épididymite droite.

Le canal de l'urèthre, d'assez petit calibre d'ailleurs, est surtout rétréci en 3 points, à 3 centimètres du méat, puis à 7 centimètres, et enfin à l'extrémité de la portion spongieuse; les deux premiers rétrécissements sont sensibles au toucher, et donnent la sensation d'un corps fibreux.

On introduisit d'abord tous les deux jours, une sonde d'argent n° 3, et le malade prenait un grand bain: les accès de fièvre reparurent les premiers jours, on laissa reposer le malade et ils cessèrent. Quand cette sonde eut pénétré dans la vessie, on en vint au n° 4 qui y pénétra le 15 mai pour la première fois.

17 mai.—Le n° 5 pénètre dans la vessie.—Un grand bain.

19 mai. — Idem.

Le 31 mai, M. Pétrequin introduit son uréthrotome, de manière à faire deux incisions latérales, dans toute la longueur de la portion spongieuse, à partir de la région membraneuse jusqu'à la fosse naviculaire; puis il le retire. M. Pétrequin fait un peu plus saillir les lames, que dans la première incision qui a rendu les parois du canal plus extensibles; et le réintroduit de manière à produire deux incisions, l'une antérieure, l'autre postérieure; de la même longueur que les premières.

Injection huileuse, que le malade gardera quelque temps dans le canal; grand bain.

2 juin. — Le malade a eu un accès de fièvre le soir même de l'opération, et un deuxième le lendemain; ils se sont dissipés d'eux-mêmes; ajourd'hui il se trouve bien, il urine facilement, le jet est normal, tant pour le calibre que pour la rapidité.

3 juin. — On sonde le malade; une sonde d'étain n° 7 passe facilement.

4 juin. — Hier à midi, un accès de fièvre.

5 juin. — N° 7 passe facilement. Il ne s'écoule plus de sang par l'urèthre pendant l'émission des urines.

8 juin. — Le n° 8 est introduit sans peine; comme chez ce malade le canal est assez étroit et assez sensible, on enduit la soude de pommade à la belladonne.

9 juin. — Le malade n'a pas eu la fièvre. — Après son grand bain quelques caillots de sang sont sortis, et l'émission de l'urine s'est faite par un jet régulier; — puis, vers le soir, le sang a été teint d'une matière purulente, et aujourd'hui l'écoulement qui, depuis l'opération, avait été sanguinolent est maintenant puriforme.

13 juin. — Le méat étant la partie du canal la plus rétrécie, on y introduit un bistouri droit, boutonné, et l'on débride supérieurement et inférieurement. Grand bain; dilatation du méat avec de l'éponge préparée.

Ce débridement a été plus douloureux que l'opération d'uréthrotomie. Quant la dilatation du méat fut suffisante, on put augmenter le calibre de la sonde et on introduisit le n° 9, qu'on ne put pas dépasser parce que chez ce malade le canal paraît être naturellement assez étroit. Peu à peu l'écoulement puriforme s'est diminué, puis complètement arrêté. L'incision du méat est cicatrisée, et celui-ci a une dimension plus que normale.

Le malade sort le 26 juin, pouvant se sonder lui-même, facilement avec une sonde d'étain n° 9, qu'il aura soin d'introduire de temps en temps dans le canal.

§ II. *De la cautérisation.*

Pour concevoir les effets de la cautérisation sur le canal de l'urèthre, il suffit de voir ce qui se passe quand on emploie le nitrate d'argent sur les points où l'on peut en étudier les résultats. Il est constant, par exemple, que ce sel appliqué en substance ou en solution sur des muqueuses affectées d'un certain genre d'inflammation, modifie très promptement et d'une manière étonnante l'état pathologique de ces membranes; il modère donc dans ce cas la phlogose ; or, de quelle manière? C'est ce que l'on ne sait pas, à moins que l'on ne veuille se contenter de dire qu'il éveille une inflammation substitutive. — Quoi qu'il en soit, le fait reste.

Si, d'un autre côté, on l'emploie, non comme modificateur d'une phlogose, mais comme caustique, ses effets sont tout autres ; il ne change pas les tissus, mais il les détruit. C'est ainsi que, dans l'ophtalmie blennorrhagique, il a été appliqué pour détruire le corps papillaire de la conjonctive. La cicatrice qui reste est blanche, lisse, dure, et comme fibreuse. On l'emploie encore pour détruire les bourgeons charnus luxuriants, ces fungosités qui dépassent le niveau d'une cicatrice prête à se former.

Voilà ce que l'on observe sur des membranes accessibles à la vue; or, en transportant ces idées dans le sujet qui nous occupe, en s'aidant de la plus stricte analogie, on verra que le nitrate d'argent triomphera d'un épaississement,

d'un boursoufflement de la muqueuse uréthrale, modifiera le travail dont elle est le siège, dissipera enfin les restes d'une inflammation lente, et rétablira ainsi le calibre de l'urèthre; mais si on le dirige contre des indurations, contre l'épaississement et l'état fibreux de la couche sous-muqueuse ou contre des obstacles plus grands encore, en un mot, contre des rétrécissements organiques, il les détruira, il est vrai; mais qu'arrive-t-il à un tissu induré ou inodulaire qu'on attaque avec le caustique? L'ulcération s'y produit avec la plus grande facilité, la cicatrice cède, se ramollit..., puis, quand la période de réparation arrive, une nouvelle rétraction se fait, et le calibre de l'urèthre ne serait pas augmenté, si l'on n'avait pas le soin de le maintenir avec des bougies; mais quand on se décide à retirer celles-ci le canal revient peu à peu à ses dimensions premières.

Ainsi il se fait une perte de substance, un travail d'absorption, et plus tard le vide se comblera, non aux dépens d'une nouvelle matière produite (ce qui serait ici très avantageux, puisque les parois de l'urèthre subiraient une augmentation de surface, qui serait toute au profit de son calibre), mais aux dépens des parois uréthrales, et en vertu de cette contraction lente et invincible qui caractérise toutes les cicatrices des brûlures.

Tant que l'on attribua les rétrécissements de l'urèthre à des fongosités, à des carnosités qui faisaient saillie dans le canal, il parut rationnel de les détruire par le caustique, dans ce point, comme dans les autres régions, telles que le gland, le prépuce, l'anus, etc.; mais, aujourd'hui que l'on est revenu de ces idées, on l'emploie, comme nous l'avons dit, dans un autre but.

De grands noms ont pu donner à la cautérisation une apparence de supériorité qui la fit presque universellement adopter pendant quelque temps; mais soit que les inductions de la théorie ne fussent pas toutes rationnelles, soit que les récidives se soient trop multipliées, cette méthode comme exclusive, est maintenant une de celles qui comptent le moins de partisans.

En effet, après avoir enlevé l'obstacle, loin de prévenir la récidive, souvent elle la sollicite et l'aggrave; aussi peut-on dire que le traitement par cautérisation n'a point de fin, et que le malade qui s'y soumet devra presque toujours, à des intervalles plus ou moins éloignés, avoir recours à son médecin.

Les principaux inconvénients qu'on reproche à l'emploi des caustiques, sont la facilité avec laquelle on peut faire une fausse route et produire une hémorrhagie. Voilà ses dangers; nous avons déjà parlé de ses imperfections; le fait suivant prouvera que, même entre les mains les plus habiles, elle peut rester impuissante à prévenir le retour de la maladie.

Observation III. — *Rétrécissement organique triple; cautérisation; récidive — uréthrotomie; guérison.*

Antoine C....., âgé de 37 ans, fondeur à Lyon, a eu plusieurs blennorrhagies, à la suite desquelles survinrent les symptômes des rétrécissements de l'urèthre; il fut traité par la cautérisation par Delpech en 1827; puis par M. Lallemand, et après 8 mois et demi de traitement, son état était bien amélioré, mais jamais, dit-il, on ne put introduire dans l'urèthre des sondes au-dessus du n° 6. —

En 1840, des difficultés dans l'émission des urines s'étaient fait sentir; il consulta un chirurgien distingué de Lyon, M. Gensoul, qui voulut employer la dilatation; il chercha à introduire tout d'abord une sonde du n° 10, mais il s'écoula une telle quantité de sang, que le malade en fut effrayé, et n'y retourna pas; il se contenta d'introduire de temps en temps des bougies d'un plus petit calibre, qu'il laissait quelques heures dans le canal. — En 1842, il consulta en dernier lieu M. Baumès, qui le traita par la cautérisation, sous l'influence de laquelle une nouvelle amélioration se fit sentir; il urina plus facilement, mais des sondes au-dessus du n° 8 ne purent jamais franchir le rétrécissement.

Le 16 février 1844, il entre dans le service de M. Rater, qui l'adressa à M. Pétrequin. Ce malade est d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, bien portant du reste; le jet des urines n'est pas régulier, il se fait par saccades, et cause des douleurs au périnée; le besoin d'uriner revient fréquemment sans pouvoir toujours être satisfait. La quantité rendue en une fois est très-minime. La sonde porte-empreinte donne un rétrécissement à 10 1/2 centimètres, un 2e à 12, et un 3e à 13 1/2. On introduit tous les deux jours, une sonde d'argent, dont on augmente graduellement le calibre. Chaque fois elle s'engage dans le rétrécissement, mais ne pénètre pas dans la vessie; on obtient ainsi une amélioration dans les symptômes.

Le 2 mars, M. Pétrequin emploie son uréthrotome pour inciser chaque rétrécissement, ce qu'il opère d'emblée, en deux temps. Il y eut ainsi douze petites incisions pratiquées, si l'on admet qu'il y eût eu 4 à chaque rétrécissement. Le malade paraît avoir assez souffert; on fait une

injection huileuse. — Grand bain. — Quelques gouttes de sang se sont échappées après chaque incision.

3 mars. — La cuisson se fait toujours sentir au périnée; mais les envies d'uriner sont moins fréquentes, et le jet des urines est normal, son émission cause des douleurs dans les points incisés. Il s'en écoule de temps en temps un liquide sanguinolent.

4 mars. — Une sonde n° 8 passe avec un peu de douleurs, mais sans difficulté, on la réintroduit tous les deux jours; on continue les grands bains.

9. — Du pus sort par le méat. — Miction moins douloureuse et plus rare; les sondes élastiques sont à calibre égal, bien mieux supportées que les métalliques; le malade peut les laisser 4 à 5 heures en place, sans en éprouver beaucoup de gêne: « Quand j'ai une sonde n° 9 quel- « ques heures dans le canal, elle y danse comme une « épingle » dit-il.

10. — Cathétérisme avec une sonde d'étain, n° 10 sans beaucoup de douleurs; il s'écoule assez de pus crêmeux non sanguinolent.

11. — Douleurs nulles; le malade urine mieux qu'il ne l'a fait depuis 17 ans; il urine en moyenne deux fois le jour, et cinq à six fois la nuit; encore il est à l'usage de l'orge nitré.

12. — Sonde d'étain n° 11. — Grand bain. — 14. *Idem.*

15. — Urines faciles non douloureuses, peu fréquentes; le malade dit qu'après chaque introduction de sonde, il lui vient pendant 4 heures environ la fièvre, avec frisson, chaleur, soif. Du temps que M. Lallemand le traitait, il avait eu pendant trois mois une fièvre rémittente qui avait la même origine.

18 mars.—Sonde n° 11; le malade sent des douleurs et des démangeaisons le long de l'urèthre. — Frictions avec l'extrait de belladone 1, et l'axonge 4. La fièvre n'a pas paru ni hier, ni avant-hier. — 21. — Encore du pus, pas de sang, pas de fièvre.

30. — Les douleurs du canal se sont prolongées plus profondément et sont sensibles à la pression sur l'hypogastre; on fait à une heure de distance, deux injections avec décoction de mauve, belladone et pavot, aiguisée d'eau blanche; et on les laisse séjourner quelque temps dans la vessie.

1er avril.—Injection, bain de vapeurs. — 3.— Le malade est soulagé, on le sonde avec le n° 11 ; grand bain.

5. — Douleurs dans le canal; on ne le sonde pas, grand bain.

6. — Nouvelles injections; le point douloureux de l'urèthre est le siége d'un engorgement situé à la paroi inférieure à 4 ou 5 centimètres du méat.

8. — Le même point est toujours sensible.—Bain de vapeur.

11. — Médecine ordinaire; lavement.

12. — Douleur épigastrique, inappétence.

13. — Émétique qui le fait beaucoup vomir.

15. — Le malade se trouve beaucoup mieux.

18 avril. — Il sort guéri, une sonde n° 11 passe sans difficulté; la sensibilité du canal a disparu.

§ III. *De l'incision.*

Pour opérer par cette méthode, il faut, comme lorsqu'on pratique la cautérisation, connaître la distance à laquelle

se trouve le rétrécissement. Quelques détails sur la longueur de l'urèthre et sur la manière de trouver à quelle profondeur siège l'obstacle qu'on veut combattre, ne seront peut-être pas déplacés ici.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la longueur de l'urèthre. M. Malgaigne lui donne 5 1/2 à 6 1/2 pouces, M. Velpeau 5 à 7, M. Amussat 7 à 8, Meckel 8, Ducamp 8 à 9, M. Bégin 7 1/2 à 8 1/2, J. Cloquet 7 1/2 à 11, H. cloquet et M. Lisfranc 9 à 11; Sabatier, enfin, en évalue la longueur à 10 ou 12 pouces, etc.

Tant de diversité dans les résultats tient à différentes causes; et d'abord, il est probable que ceux qui ont porté à 10 et 12 pouces la longueur du canal, ont écrit de mémoire ou sur des approximations; les autres différences tiennent aux procédés de mensuration; il est évident qu'en mesurant l'urèthre fendu dans toute sa longueur, et même détaché des parties environnantes, l'on arrivera à un chiffre tout autre qu'en le mesurant intact et dans sa situation normale, et l'on aura une estimation fausse et sans aucune valeur pour la pratique.

M. Pétrequin a pris soin de mesurer l'urèthre avec des sondes courbes et des bougies flexibles, en laissant toutes les parties dans leurs rapports naturels, et ouvrant seulement la vessie par l'hypogastre, pour marquer sur la sonde son point d'émersion à l'orifice vésical de l'urèthre; il fit la même mensuration, au moyen d'une ficelle, et il obtint une longueur variant entre 6 pouces 3 lignes et 6 pouces 9 lignes.

Puis, comme la plupart des instruments qui doivent agir dans l'urèthre et la vessie sont droits, il importait de connaître la longueur de l'urèthre redressé; M. Pétrequin le

mesura dans cette situation par le même procédé avec des sondes rectilignes, et il n'obtint que 5 pouces 9 lignes à 6 pouces 3 lignes. Ainsi, l'urèthre redressé perd, en moyenne, environ 6 lignes de sa longueur. (Pétrequin, *anatamie médico-chirurgicale*, 1844. Page 400)

Une sonde qu'on voudra laisser à demeure aura donc dans la plupart des cas assez de 8 à 9 pouces pour avoir quelques lignes dans la vessie et quelques lignes en dehors. Une sonde trop longue irrite les parois de la vessie, y peut déterminer des ulcérations et même une perforation. Quand la sonde ne doit pas rester à demeure, elle a assez de 7 pouces.

M. Malgaigne qui admet, comme moyenne de longueur du canal de l'urêthre, 5 pouces 9 lignes, dit que l'on peut très-bien sonder un homme adulte avec des sondes ordinaires de femme, qui n'ont pas plus de 5 pouces, c'est-à-dire 9 lignes de moins que la moyenne établie par lui ; il se fonde sur ce que les parties peuvent être aussi bien refoulées et raccourcies que tiraillées.

A la vérité, la chose est possible, et j'y suis parvenu plusieurs fois sur le cadavre et sur le vivant, quand le canal était sain ; mais, quand il y a un obstacle quelconque dans un point du canal, on ne peut pas introduire une sonde, tout en refoulant les parties; il faut, ou les laisser dans leur rapport normal, ou, quelquefois même, les allonger un peu plus pour pouvoir y parvenir. Déjà la sonde de femme serait trop courte dans ce cas, et, il faut bien l'avouer, on n'emploie jamais guère le cathétérisme que quand il y a un obstacle à l'émission des urines.

Ainsi, une fois admis que l'on ne peut pas toujours refouler à son gré les parties par lesquelles passe la sonde, il

faut encore tenir compte de la distance comprise entre l'œil de la sonde et son extrémité vésicale, pour la défalquer de sa longueur totale, ainsi que la partie destinée à rester au dehors. En évaluant au minimum, à un pouce, la somme de ces deux distances, la sonde de femme resterait réduite à 4 pouces, chiffre trop bas, même en admettant, avec M. Malgaigne, 5 pouces 9 lignes, comme longueur moyenne de l'urèthre chez l'adulte.

C'est en avant de la portion membraneuse que se trouvent le plus grand nombre de rétrécissements, et, sur plus de 100 autopsies de gens qui en étaient atteints, Shaw dit n'en avoir pas rencontré un seul qui siégeât ailleurs qu'à la partie spongieuse. Quelle que soit la valeur qu'on attribue à ces chiffres, les rétrécissements de cette dernière portion sont, en effet, de beaucoup, les plus fréquents : cette assertion est loin d'être infirmée par les résultats des auteurs qui disent avoir trouvé l'urèthre rétréci à 7 pouces du méat et au-delà, puisque, comme nous l'avons vu, ce chiffre dépasse celui de la longueur de ce canal et inspire des doutes sur la justesse des mesures prises dans ces cas.

Une bougie de cire est l'explorateur le plus commode pour évaluer la profondeur et le calibre d'un rétrécissement; dès qu'elle rencontre l'obstacle, on laisse, sans l'allonger ni la tirailler, revenir la verge sur elle-même; on marque sur l'instrument le point qui émerge du méat, et, en le retirant, on trouve la distance cherchée. De même, en engageant dans le point rétréci une semblable bougie de diamètre approprié, et, en l'y laissant séjourner quelque temps, on reconnaît le calibre du canal dans cet endroit.

La sonde porte-empreinte peut bien donner aussi le siège

précis d'un rétrécissement, apprécier certaines variétés de formes, et rendre enfin de très grands services; mais sa malléabilité même la rend infidèle; en effet, dans un urèthre malade, tous les points ne sont pas également sensibles, tous ne réagissent pas également; une stricture spasmodique pourrait facilement induire en erreur; l'empreinte, enfin, peut se déformer quand, en retirant la sonde, on lui fait parcourir la portion d'urèthre antérieure à la coarctation.

Or, lorsqu'on veut reconnaître le calibre d'un rétrécissement, on parvient au but d'une manière plus pratique, quoique peut-être plus longue, en y introduisant, pendant un certain temps, tous les jours ou tous les deux jours, des sondes de caoutchouc ou des bougies dont on augmente graduellement le volume; on apprend ainsi quelle sonde pourra franchir le rétrécissement, quel diamètre devra avoir l'instrument destiné à le combattre, et l'on est à l'abri des fausses indications que pourrait fournir une stricture spasmodique momentanée.

D'ailleurs, la sonde porte-empreinte fut d'abord destinée à procurer l'idéal d'un diagnostic à ceux qui voulaient détruire tel ou tel point faisant saillie dans le canal de l'urtèhre et qui désiraient savoir si le rétrécissement avait un bourrelet en haut, en bas ou sur les côtés, afin d'y appliquer immédiatement, et exclusivement à cet endroit, le caustique. Cette précision mathématique eût sans doute été utile s'il eût été possible d'y atteindre, mais nous verrons que la méthode par incision peut très bien s'en passer.

Cette méthode n'est pas nouvelle, puisqu'Ambroise Paré a inventé, à cet effet, un scarificateur; mais, soit à cause de l'imperfection des instruments, des dangers qu'ils pou-

vaient entraîner, ou bien de la difficulté qu'il y avait à les faire manœuvrer, soit qu'elle ait été éclipsée par l'éclat dont jouit quelque temps la cautérisation, l'incision tomba en désuétude, ou du moins eut à peine cours dans la science.

Rappelons, dès l'abord, qu'elle ne put être régularisée que depuis qu'on apprit qu'il était possible de parcourir tout le trajet de l'urèthre avec une tige droite; puis, en analysant les procédés antérieurement employés, et les craintes qu'ils ont inspirées à quelques praticiens, nous pourrons, je crois, nous rendre, en partie, compte de l'oubli dans lequel elle est restée.

Les instruments qui devaient servir à l'incision étaient destinés uniquement à détruire des brides, des valvules, des rétrécissements de peu d'étendue; ils ne devaient agir que sur un point très-limité; aussi leur reproche-t-on, et non sans fondement, de ne pouvoir être employés que dans les cas où l'on connaît mathématiquement le siège du rétrécissement, ce qui, joint à leur imperfection, rendait leur application toujours très-chanceuse.

Chelius dit : «Cette méthode (l'incision) ne pouvait être « employée avec *quelque sûreté*, que dans les cas de rétré- « cissements très-courts et peu prononcés, l'usage méthodi- « que des bougies et du caustique la rend inutile (t. II, p. 62, « art. *rétrécissements*, édition allemande. Stuttgard, 1830.»

Voici toute l'opinion de M. Vidal (de Cassis) sur la valeur de la méthode en question : « L'incision seule est le « moyen le *moins sûr*, le moins efficace, et le plus souvent « suivi de récidive (*Pathol. externe*, t. V, p. 552). » Il ne motive pas son opinion, mais il ajoute que l'incision pourra être appliquée dans quelques cas de rétrécissements valvulaires du commencement de l'urèthre. Il paraît donc,

d'après cette dernière restriction, que la seule raison pour lui de rejeter l'instrument tranchant, se tire de la difficulté de le faire manœuvrer; car, sans cela, pourquoi une méthode applicable au commencement de l'urèthre ne le serait-elle pas sur tous les points de ce canal?

M. Malgaigne dit, dans son Manuel de médecine opératoire, au chapitre des rétrécissements de l'urèthre (art. *scarifications*) : « Tout récemment M. Desruelles a remis en « honneur une sorte de râpe circulaire déjà indiquée par « A. Paré, avec laquelle il frotte, il écorche, il détruit le ré- « trécissement. Nous n'oserions prédire à cet instrument « une meilleure destinée qu'à tous les autres scarifica- « teurs. »

Il est donc constant que quelques-uns ont rejeté la méthode à cause de ses prétendues difficultés, et que, d'un autre côté, ses partisans manquaient le but ou s'en proposaient un faux, en inventant des instruments souvent difficiles à manier, quelquefois complètement inapplicables, et tous destinés à agir sur un point très-circonscrit, comme on peut s'en convaincre par l'examen des nombreux scarificateurs, et comme le démontrent les noms de *coupe-bride*, *emporte-pièce*, etc... L'incision, telle que nous la comprenons, est tout autre; voici quelques règles à son égard :

1° Elle devra agir sur un espace assez étendu, puisqu'il y a des rétrécissements de plusieurs centimètres de longueur.

2° Elle devra aller jusqu'à la limite des tissus sains, autant du moins, qu'on pourra l'apprécier. M. Vidal (de Cassis) (t. V, p. 351) craint que l'incision ne dépasse les bornes du mal; mais qu'est-ce qu'une incision bien nette

des parois de l'urèthre, en comparaison des inconvénients d'autres méthodes, des effets d'une cautérisation trop profonde, par exemple? Et d'ailleurs, M. Vidal qui redoute cette plaie linéaire, ne conseille-t-il pas lui-même, un peu plus loin (même volume page 449), *de pratiquer une boutonnière, pour faciliter le jeu des instruments, toutes les fois qu'on aura à pratiquer une opération sur la prostate?* Nous n'oserions approuver ce dernier précepte.

Nous essaierons, tout à l'heure, de montrer que l'incision peut et doit, dans beaucoup de cas, avoir en longueur et en profondeur une étendue plus grande que celle du rétrécissemnnt lui-même; un praticien expérimenté saura toujours jusqu'où il lui est permis d'aller, et quelles limites il ne peut pas franchir.

3° L'incision sera multiple; nous exposerons plus bas, les avantages qui résultent de cette condition.

4° Pour pratiquer l'incision, il faut avoir un instrument qui puisse agir avec sûreté et facilité dans l'endroit où est l'obstacle que l'on veut combattre.

Comme nous ne prétendons plus sectionner des brides et des points très-limités, mais encore et surtout agir sur des coarctations assez étendues, et comme, d'un autre côté, nous ne craignons pas, dans de certaines mesures, de franchir les limites du mal, l'opération sans perdre de son efficacité perd de ses difficultés qui sont encore applanies par l'usage de l'instrument que nous avons vu employer avec succès à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Voici comment M. Pétrequin décrit lui-même son *uréthrotome* dans ses *Mélanges de chirurgie* (in-8° 1845, p. 226). L'instrument se compose d'une canule droite dans laquelle

se meut une tige munie de deux lames latérales à son ex trémité..

« La tige d'acier qui porte les lames est carrée, et s'en-
« gage dans une cavité de même forme dont est creusée la
« canule ; ce qui l'empêche de se dévier et donne ainsi
« beaucoup de fixité à l'instrument et à la manœuvre.

« L'uréthrotome est à double lame ; chacune d'elles, pla-
« cée latéralement, est portée sur une tige d'acier qui fait
« suite à la tige principale et fait office de ressort, quand
« on les fait saillir ou rentrer ; de façon que les lames se
« referment et se cachent d'elles-mêmes, dans leur gaîne,
« quand on retire la tige hors de la canule, avantage qui
« n'existait pas jusqu'ici. De la sorte on ne craint plus de
« blesser l'urèthre.

« Ces deux lames s'ouvrent, c'est-à-dire font saillie, en
« glissant sur deux plans inclinés situés latéralement vers
« l'extrémité vésicale de la canule. Leur bout est arrondi
« et ne peut perforer le canal ; elles s'écartent sans laisser
« d'intervalle entre elles et le plan contre lequel elles res-
« tent accolées par la force du ressort qui les supporte, de
« manière qu'aucun tissu ne peut jamais s'y fourvoyer ;
« autre avantage important.—Le manche de la tige porte-
« lames est muni d'un curseur à vis qui permet de régler à
« volonté la saillie des lames, et de calculer avec une pré-
« cision mathématique le degré d'armure de l'instrument
« et, par là même, la profondeur de l'incision. On opère
« ainsi en toute sécurité ; en outre, une vis latérale vient
« mordre sur la tige et l'arrête au point où on le désire ;
« l'instrument n'est ainsi exposé ni à s'ouvrir, ni à se dé-
« ranger. Du côté opposé, la tige est creusée d'une petite
« rainure de 3 centimètres de longueur où plonge la pointe

« d'une autre vis latérale qui sert à limiter les deux points « extrêmes de la marche des lames sur leur plan incliné, « dernière modification destinée à prévenir toute possibi- « lité de se fourvoyer.

« Enfin la canule, longue de 24 centimètres, se com- « pose d'une seule pièce sans soudure; elle est graduée, « afin que l'on puisse exactement appliquer le débride- « ment à la profondeur voulue. »

J'ai rapporté cette description dans son entier afin de montrer évidemment l'innocuité de l'instrument, la sûreté et la facilité de la manœuvre, et afin de rassurer les praticiens qui ont rejeté la méthode à cause de ses difficultés, de ses incertitudes ou de ses dangers.

Une fois le siège du rétrécissement reconnu, on peut y appliquer les lames et les faire agir à la profondeur et dans la longueur voulues; puis on les fait rentrer dans leur gaîne ; on fait exécuter à l'instrument un demi-tour sur son axe; on fait de nouveau saillir les lames, pour faire deux nouvelles incisions. Enfin, on retire l'instrument, après l'avoir fermé, et ainsi l'on a opéré avec le plus de sûreté et de célérité possibles.

Après cette petite opération, on fait dans l'urèthre une injection huileuse, et, au bout de quelques jours, on procède à la dilatation, comme nous le dirons plus tard. Jamais nous n'avons vu se produire aucun accident grave; la douleur éprouvée par le malade n'est pas plus grande que celle que lui fait ressentir l'introduction d'une sonde un peu forte, et quelques gouttes de sang, et un peu de coloration du premier jet d'urine lui apprennent pour la première fois, qu'on lui a incisé la muqueuse uréthrale.

Voici maintenant comment nous comprenons avec M. Pétrequin, les effets de l'incision : dans les rétrécissements récents, ou ceux chez lesquels l'inflammation n'a pas encore complètement disparu, l'incision dégorge les tissus muqueux et sous-muqueux, et le même but est atteint par les sondes qu'on introduit tous les jours dans le canal et qui, tout en le dilatant peu à peu, exercent sur ses parois une compression résolutive.

Dans les rétrécissements fibreux, les effets de la méthode sont un peu différents. On sait qu'on ne peut guère espérer de distendre d'une manière durable les tissus de cette espèce; ils reprennent, au bout d'un temps assez court, leur forme première. La section seule peut annuler cette tendance au resserrement; plus il y aura d'incisions, plus on pourra allonger les tissus fibreux, et donner de l'ampleur au canal. On comprend maintenant pourquoi nous recommandions avec M. Pétrequin des incisions *multiples*, et pourquoi nous avons insisté pour qu'elles dépassassent en profondeur et en longueur la limite des tissus malades. C'est aux depens des tissus sains qu'on veut reconstituer un nouveau canal; or pour obtenir la dilatation de l'urèthre et la formation d'un tissu nouveau, il faut que la réunion s'effectue par seconde intention; c'est dans ce but que l'opération une fois pratiquée, on introduit chaque jour une grosse sonde dont le passage est devenu maintenant facile. Les lèvres des plaies sont maintenues écartées; celles-ci ne peuvent se réunir par première intention, leur fond s'est élargi, il doit suppurer, et c'est lui, ainsi que la lymphe plastique qui s'en exhalera, qui serviront désormais à augmenter les dimensions du canal de l'urèthre,

quelque minime qu'on suppose d'ailleurs ce tissu nouveau interposé.

Maintenant, si l'on prétend qu'une partie de ce tissu intermédiaire pourra disparaître, il ne disparaîtra cependant jamais entièrement, et quand, chez un malade dont le canal n'admettait, avant l'opération, qu'une sonde, n° 3 ou 4, on parviendra à introduire le n° 11 ou 12, comme dans quelques-uns des exemples que nous rapportons ; si, au bout d'un certain temps, le calibre redescendait à 9 ou même à 8, le résultat n'en serait pas moins satisfaisant.

On ne doit pas se servir indifféremment de sondes élastiques et de sondes métalliques. Les premières ne sont pas toujours mieux supportées que les secondes et souvent elles ont le désavantage de ne pas comprimer suffisamment les parois de l'urhètre, et de leur permettre de revenir plus facilement sur elles-mêmes ; elles ont donc une moindre force de dilatation. C'est un fait que l'expérience a démontré à M. Pétrequin. Ce chirurgien qui d'abord employait, pour la dilatation, des bougies ou des sondes élastiques, fut surpris de la lenteur de la guérison et de la tendance de l'urhètre à se rétrécir de nouveau ; il employa alors des sondes métalliques (en étain), et cette modification lui ayant parfaitement réussi, il l'adopte aujourd'hui *presque* généralement.

On peut se demander pendant combien de temps la sonde doit séjourner dans le canal de l'urèthre. Comme c'est la réunion par seconde intention que l'on a en vue, on atteint aussi bien le but en ne laissant la sonde que pendant un espace assez court (20 à 40 minutes). Les bords des plaies ne peuvent pas se rapprocher ou, du

moins, n'ont pas le temps de se réunir. De cette manière, on peut choisir des sondes d'un fort calibre, puisqu'on ne les laisse séjourner que pendant un temps très-limité. Elles ne seraient pas toujours supportées, si on voulait les laisser à demeure.

L'incision, comme méthode générale, est une opération dont on s'est jusqu'ici peu occupé ; on lui fait, et le plus souvent, *à priori*, beaucoup d'objections. Nous avons déjà parlé de celle qui a trait à la difficulté qu'il y a de reconnaître le véritable siége du rétrécissement ; elle s'appliquerait tout au plus, aux brides, aux valvules et autres semblable (et encore cette difficulté est loin d'être insurmontable avec de bons instruments, un peu d'habileté, et de l'expérience), mais elles ne s'appliquerait pas aux rétrécissements fibreux et de quelque étendue, puisque nous avons montré, non seulement qu'on pouvait, mais encore qu'on devait les dépasser ; nous avons même essayé d'en donner la raison.

On a parlé des dangers de l'incision ; je crois qu'ils sont nuls entre les mains d'un praticien prudent et exercé ; je n'en ai jamais vu survenir aucun dans le service de M. Pétrequin ; d'ailleurs, en suivant ce raisonnement, quels désordres ne peuvent pas causer la cautérisation, dans des mains inhabiles, ou seulement la dilatation exagérée, permanente ou forcée ?...

On a dit encore que l'incision n'avait aucun effet durable sur des rétrécissements trop denses, ou sur lesquels la cautérisation avait déjà agi. L'on s'est appuyé sur cette rétraction permanente et irrésistible des tissus fibreux et inodulaires. Eh bien, qu'on se détrompe ; la guérison peut être radicale (nous en donnerons des exemples) et pour

nous, la cause de cette réussite se retrouve encore dans cette circonstance, que l'on pénètre dans le tissu sain qui n'a pas de tendance à la coarctation, comme les tissus en question.

Qu'on y réfléchisse bien, l'incision est, de toutes les méthodes, celle qui permet le mieux la dilatation après elle, j'ose même dire, la seule qui permette une véritable et durable dilatation d'un rétrécissement fibreux. Que si, maintenant, il restait vrai que l'incision réussît *moins bien* après la cautérisation trop souvent répétée (et elle réussit néanmoins, Voy. Obs. 3), ce serait tout simplement une raison qui doit engager à être plus réservé dans l'emploi de la cauté-

-L'exsudation d'une lymphe plastique, donnant à l'urèthre une nouvelle ampleur, n'est point une imagination de la théorie. On retrouve ailleurs le même fait. Lorsqu'on a proposé, pour la cure radicale des hernies, des incisions sous-cutanées de l'anneau inguinal, des chirurgiens ont immédiatement répondu qu'au lieu de rendre cet anneau plus petit, on le rendrait plus grand, par l'interposition de matière organisable dont on suscite la sécrétion. La même chose a lieu pour le canal de l'urèthre, et c'est, justement ainsi que le but se trouve atteint, surtout en l'aidant par la dilatation.

Passant de l'analogie à quelque chose de plus positif, nous rappellerons un fait cité par M. Martial Dupierris de la Nouvelle-Orléans, et dans lequel l'autopsie donna les résultats que nous venons d'énoncer.

L'opéré était mort d'un coup de pied de cheval, quatre mois après l'opération. « Une lymphe plastique s'était « épanchée entre les lèvres de chacune des quatre petites

« incisions, et formait une cicatrice solide, de sorte que « le canal était ample et ne présentait plus de traces de « rétrécissement ».

Comme nous n'avons pas la prétention de faire un chapitre complet sur la thérapeutique chirurgicale des rétrécissements de l'urèthre, nous nous abstiendrons de faire à notre tour, des objections aux autres méthodes de traitement ; notre but n'était que d'attirer l'attention sur une méthode que peu ont essayée et que beaucoup ont décriée. Pour compléter notre tâche, il nous reste à répondre, par des faits, à tous ces raisonnements *à priori*.

Observation IV. — *Rétrécissement organique, triple, à* 11, 13 *et à* 14 *centimètres du méat. — Uréthrotomie ; guérison.*

Nicolas L....., âgé de 36 ans, teneur de livres, natif de Lesneven (Finistère) est entré le 20 décembre 1843 à l'Hôtel-Dieu, pour se faire guérir d'un rétrécissement qu'il porte depuis 9 ans.

A l'âge de 17 ans, il contracta à Rio-Janeiro une première blennorrhagie qui fut traitée et bien guérie, au bout de deux mois.

A 18 ans et 1[2, il eut un chancre du prépuce qui fut également bien guéri ; et en 1834, il contracta une deuxième blennorrhagie qu'il fit passer lui-même, au moyen de tisanes adoucissantes.

Quelque temps après, l'urine ne sort plus que par un très-petit jet ; puis elle s'arrêtait quelquefois, avant que le besoin d'uriner fût satisfait, et parfois le malade restait deux jours sans pouvoir uriner ; il buvait alors de la tisane

de lin, et tout rentrait dans l'ordre. Mais le rétrécissement persistait, et c'est pour en être débarrassé qu'il entra à l'hôpital. Le chirurgien de service qui devait se retirer bientôt, ne commença aucun traitement et en laissa le soin à son successeur. Quand M. Pétrequin prit la direction du service, il introduisit, tous les deux jours, une sonde n° 1, puis n° 2, puis n° 3; au bout de quinze jours seulement, il parvint à franchir un premier rétrécissement; il était à 11 centimètres du méat. Chaque fois qu'on sondait le malade, on lui faisait prendre un grand bain. En continuant toujours le même traitement, on parvint à franchir un deuxième rétrécissement à 13 centimètres, et un troisiéme à 0,14 du méat. On parvint pour la première fois dans la vessie le 26 février. Dès lors, on put employer la dilatation, et l'on introduisit tous les deux jours également, une sonde d'argent, n° 4, puis n° 5, que le malade gardait une demi-heure, ou une heure, et qu'il conservait dans le bain qu'il prenait immédiatement après la visite.

Quand le n° 5 put pénétrer librement (12 mars), M. Pétrequin pratiqua, au moyen de son uréthrotome, deux incisions bilatérales, c'est-à-dire une incision quadrilatérale, faite d'arrière en avant, et par là même en sortant, puis on fit une injection huileuse. Les jours suivants, les phénomènes se sont montrés comme chez les autres malades sur lesquels on avait pratiqué l'uréthrotomie: écoulement de sang, puis quelques jours après, écoulement d'un liquide puriforme et sanguinolent, et enfin d'un muco-pus verdâtre bien lié.

La réaction a été presque nulle; le pouls est toujours resté calme; aucun accident ne s'est déclaré comme il s'en dé-

clare quelquefois dans la cautérisation, et surtout la dilatation forcée.

Après l'opération, on a introduit progressivement, tous les deux jours, des sondes d'étain n° 7, puis n° 8. Dix jours après, le n° 9 pénétra avec facilité dans la vessie, et le 15e jour le malade pouvait introduire lui-même une sonde n° 10.

Depuis que le malade porte ces rétrécissements, il s'est aperçu quelquefois qu'un peu de sang sort par l'anus, pendant l'exonération. Cet écoulement sanguin le gêne maintenant. C'est probablement le résultat d'hémorrhoïdes produites par les efforts de miction et de défécation.

30 mars. — Plus de sang, un peu de pus ; le malade se sonde lui-même ; il n'urine plus, en moyenne, que deux à trois fois par jour, et autant la nuit.

4 avril. — Il passe sans difficulté une sonde n° 10. Elle entre, dit-il, *comme une lettre à la boîte aux lettres!* Plus de sang, plus de pus. Il sort et continuera à se sonder avec le même numéro.

OBSERVATION V. — *Rétrécissement organique à 14 centim. Uréthrotomie ; guérison..*

Auguste S... C..., âgé de 33 ans, batelier (Isère), est entré à l'hôpital le 19 février 1844, pour se faire traiter d'un rétrécissement de l'urèthre, qu'il porte depuis 6 ans. Cet homme, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, s'est toujours bien porté. Il y a 7 ans, il contracta une blennorrhagie qui fut traitée par le sirop de salsepareille et des injections, et guérie radicalement au bout de quatre à cinq mois; il n'a jamais eu ni chancres ni bubons.

Quelques mois après, il s'aperçut que que quand il croyait avoir fini d'uriner, il restait encore dans le canal quelques gouttes qui tombaient sur ses souliers. Il y a six ans qu'il est marié, et il remarque que, quand il s'est un peu échauffé, le jet de l'urine est plus petit, et s'accompagne de quelques douleurs du périnée.

Ces difficultés dans l'émission des urines allèrent progressivement en croissant, présentant quelquefois des recrudescences, et le 15 décembre 1843, il fut forcé de quitter son travail et vint à Lyon, pour se faire traiter; il avait alors de fréquentes envies d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire qu'incomplètement. Son médecin lui ordonna des bains, une tisanne avec de la guimauve et du nitrate de potasse, et essaya de le sonder, mais ne put parvenir dans la vessie.

Enfin son état empira au point que les envies d'uriner s'accompagnèrent de douleurs aiguës, et que la miction était quelquefois impossible. Il entra donc à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Pétrequin, le 19 février suivant.

Il fut dès lors sondé tous les deux jours, d'abord avec une sonde élastique, puis avec une sonde d'argent n° 4, et chaque fois on l'envoyait au bain.

Le cathétérisme était toujours suivi de l'émission de quelques gouttes de sang.

Le 25 février, pour la première fois, la sonde d'argent franchit le rétrécissement qui est unique, et paraît siéger sur la paroi inférieure, au devant de la portion membraneuse. Il est à 14 centimètres du méat, mais il faut remarquer que cet homme a la verge prodigieusement longue. Depuis cette époque, le malade ressent moins de douleurs, urine moins souvent et plus facilement, une sonde n° 5 est

arrivée deux fois dans la vessie. Le malade est bien portant, se promène et mange la demi-portion; le bon état de sa santé et la simplicité du rétrécissement engagent M. Pétrequin à faire la section de la bride, sans autre préparation que celle que nous venons de mentionner.

Le 7 mars, M. Pétrequin se disposa à faire, au moyen de son uréthrotome, la section de la bride du canal. Cet instrument est une canule de 4 lignes de diamètre, droite, graduée en centimètres, et de 24 centim de longueur, qui contient deux lames olivaires, montées sur un ressort, et qu'on peut faire saillir à travers deux fentes latérales, de manière à faire deux incisions opposées l'une à l'autre, de profondeur voulue, à la distance du méat qui a été reconnue comme le siège du rétrécissement.

Il introduisit l'instrument fermé; puis, quand il eut dépassé le rétrécissement, il fit saillir les lames, incisa les brides, referma l'instrument et le retira. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent par le méat. On nettoya l'instrument, on l'oignit d'huile, et l'opération fut répétée de manière à faire sur la bride deux nouvelles incisions entre les deux autres et à égale distance de chacune d'elles. L'uréthrotome étant retiré, l'on fit une injection d'huile, et l'on recommanda au malade de serrer quelque temps la verge, pour empêcher le liquide de s'échapper; on lui ordonna un grand bain, et on le mit au quart de portion. Lavement.... Le malade n'a presque pas souffert pendant l'opération.

8 mars. — Le malade est resté une heure et demie dans son bain, qui a achevé de dissiper les douleurs de l'opération. Il ne s'est levé qu'une fois cette nuit pour uriner; auparavant il se levait toujours plusieurs fois.

Le besoin d'uriner se fait moins souvent sentir qu'avant l'opération, l'émission des urines cause une légère cuisson au prépuce. Le lavement n'a pas été rendu. — Orge nitré.

9. — Cathérisme facile.

10. — Sondé avec la sonde n° 7. La sonde entre facilement.

Il s'écoule du canal un peu de sang et une petite qantité de mucus puriforme. — Bain; lavement.

11. — Sondé avec une sonde d'étain, n° 9, qui pénètre facilement dans la vessie (grand bain). L'écoulement puriforme est un peu plus considérable ; celui du sang ne se fait qu'après l'introduction d'une grosse sonde.

13. — Un peu de liquide puriforme s'écoule de l'urèthre après l'émission des urines. Il ne sort plus de sang ; cuisson au périnée pendant la miction. L'introduction d'une sonde y réveille une douleur qui se calme au bout de quelques instants. On introduit, sans peine, une sonde d'étain n. 10. — Grand bain. Le malade n'urine, en moyenne, que 3 fois le jour et 2 fois la nuit ; encore est-il à l'usage de l'orge nitré.

15. — La sonde d'étain n° 10 cause encore un peu de douleur au malade, dans l'endroit où l'instrument tranchant a agi. Il ne sort plus que peu de pus. — Grand bain.

16. — Le malade dit que le jet, quoique plus gros, n'est pas encore bien régulier.

17. — Sonde n° 10. — Grand bain.

19. *Id.* — Sorti une assez grande quantité de sang, en retirant la sonde.

27. — Il sort encore du sang après chaque cathétérisme, et il s'écoule encore du pus.

30. — Plus de sang.

4 avril. — Il ne s'écoule ni sang ni pus. Le malade sort guéri et continuera à se sonder chez lui.

Le succès a été complet dans ces deux cas; le traitement a été simple et des plus heureux, et la guérison très-rapide. Voici maintenant un cas très-compliqué, avec fistules multiples, où l'uréthrotomie s'est montrée également d'une grande efficacité.

OBSERVATION VI. — *Rétrécissements organiques, multiples, avec complication de fistules urinaires. — Insuffisance de la dilatation seule.*

Claude M***, âgé de 32 ans, natif de Lyon, chapelier, d'un tempérament sanguin-lymphatique, contracta en 1830 une blennorrhagie qui dura plusieurs mois. En 1832, étant en garnison à Metz, il en contracta une deuxième; peu de temps après, son régiment se dirigea vers Paris; il souffrait beaucoup des fatigues du voyage, et il lui survint une épididymite.

Etant arrivé à Paris, il perdit du sang par l'urèthre pendant quatre semaines, et l'émission des urines s'accompagnait de violentes cuissons à la racine des bourses. Il fut envoyé à l'infirmerie où il resta deux mois, après lesquels il se trouva bien guéri; il y avait été mis à l'usage d'une tisane dont il ne connaît pas la composition.

Etant à Lyon en 1840, à l'époque de l'inondation, il fut cerné par les eaux et forcé d'étancher sa soif avec l'eau qui l'entourait. Quelques jours après, il éprouva une rétention d'urine; le besoin d'uriner était pressant et continu, et il ne pouvait le satisfaire. Un grand bain qu'il prit le soulagea, et il n'éprouva plus d'incommodités jusqu'au 18 novembre 1842.

A cette époque, il fut atteint d'une fièvre intermittente, qu'il garda quatre mois, au bout desquels il vit paraître au périnée une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule ; il y appliqua des cataplasmes émollients et 15 sangsues. Au centre de la tumeur et sur la piqûre d'une sangsue, s'ouvrit, pendant les efforts de la miction, une petite fistule par où s'échappa l'urine. Le malade l'attribua à la perforation opérée par un de ces annélides ; toujours est-il que la fistule se déclara peu de jours après leur application. Il consulta alors M. Diday, qui le fit admettre à l'hospice de l'Antiquaille dans son service, et entreprit de le traiter d'abord par la dilatation ; mais, le périnée s'étant tuméfié et une forte inflammation s'y étant déclarée, il y pratiqua cinq incisions ou débridements qui restèrent fistuleux. Au bout de trois mois, le malade sortit de l'hospice ; il y avait de l'amélioration dans le rétrécissement ; les fistules persistaient.

Le 16 octobre 1843, des difficultés s'étant de nouveau fait sentir dans l'émission des urines, il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Pétrequin. Au périnée se voit une tumeur de la grosseur d'une noisette ; à son centre existe un orifice à bords calleux et renversés, conduisant dans un trajet sinueux qui communique avec l'urèthre et au-devant duquel celui-ci se trouve rétréci. Il laisse échapper, pendant chaque miction, une notable quantité d'urine qui y réveille des douleurs cuisantes, ainsi que dans l'endroit rétréci ; les cinq autres fistules s'ouvrent en d'autres points du périnée et sur les parties postérieures du scrotum ; elles ne laissent suinter que peu d'urine. On sonde le malade tous les jours et on lui fait prendre un

grand bain. — Le 16, une sonde n° 1 eut de la peine à s'engager dans le rétrécissement.

Le 18, on introduit une sonde d'argent n° 2.

Le 20 ; n° 3.

Le 23 ; n° 4.

Le 25 ; n° 5. Le malade urine plus facilement, l'écoulement par la fistule est diminué. Les douleurs y sont moins vives. Enfin, le 30, on introduit un fort n. 9.

M. Petrequin propose la section des brides ; le malade s'épouvante, pleure, et, le 11 novembre, il sort de l'hôpital, ne voulant pas se soumettre à l'opération. Le même jour, la sonde n. 9 avait été introduite, comme les jours précédents, sans trop de difficulté. Les fistules étaient améliorées ; elles restaient quelque temps sans laisser suinter d'urine; mais elles n'étaient pas complétement oblitérées.

Le 9 janvier 1844, le malade rentre dans le service de M. Pétrequin. Son état général s'est amélioré, il a pris de l'embonpoint. Une seule fistule est encore ouverte; le besoin d'uriner se fait sentir ordinairement trois fois le jour et deux fois seulement pendant la nuit. La miction a lieu sans douleur.

On sonda le malade tous les deux jours avec un n. 9, et, au bout de trois semaines, la fistule ne laissait plus échapper d'urine.

Le 27 janvier on fait, par son ouverture extérieure non encore cicatrisée, une injection de 60 gram. d'eau et 1 gramme de potasse caustique. Le liquide ressortit immédiatement par le méat urinaire. La fistule était donc encore perméable; elle se ferma quinze jours après, le 31 janvier. Un peu d'inflammation s'est déclarée, on ne peut introduire dans la vessie qu'un n° 8.

Pendant les dix-huit jours qui suivirent, l'inflammation s'étant accrue, on ne sonde pas le malade ; on se contente de l'envoyer au bain tous les deux jours. Puis on reprit l'usage de la sonde n° 8.

Le 12 mars, il se forme dans le pli génito-crural gauche une fistule dont le trajet induré occupe toute l'étendue de ce pli. L'ouverture laisse suinter l'urine quand le malade en rend par le canal naturel.

On continue à le sonder tous les deux jours avec le n° 8. Le 18 mars, la fistule ne laissa plus échapper d'urine.

24. — La fistule laisse de temps en temps échapper quelques gouttes d'urine.

30. M. Pétrequin, au moyen de son urethrotome, introduit à deux reprises de manière à donner aux lames une direction horizontale, la première fois, et verticale la seconde, incise à la fois deux rétrécissements siégeant à 9 et à 10 centimètres du méat. Puis, celui-ci se trouvant rétréci, il y répète l'opération, et l'incise ainsi crucialement, et d'arrière en avant. Cette dernière section fut plus douloureuse que la première : on fait une injection huileuse et on met le malade dans un grand bain.

4 avril. — Le jet est plus gros, plus fort, le méat a toujours de la tendance à se rétrécir, et il faut le tenir béant par de l'éponge préparée. L'émission de l'urine ne s'exécute pas plus rarement qu'auparavant (5-6 fois en 24 h.), mais plus rapidement et plus complètement. La fistule laisse encore suinter de temps en temps un peu d'urine. On le sonde tous les deux jours avec le n° 10.

12. Le méat est toujours rétréci. Une fois ce premier obstacle franchi, la sonde pénètre sans difficulté dans la vessie. La fistule ne coule plus.

23. — Depuis quelques jours, le méat est plus dilaté et n'a pas autant de tendance à se rétrécir dans l'intervalle où l'on retire l'éponge préparé.

1er mai. — Le méat ne met plus d'obstacle au cathétérisme ; on y laisse toujours un cylindre d'éponge pendant le jour.

6. — Le malade sort guéri.

Le résultat est encore plus rapidement obtenu dans le cas suivant, dont je dois la communication à l'obligeance de M. Pétrequin, qui a bien voulu me le laisser extraire de ses cartons, déjà remplis d'un grand nombre de matériaux cliniques sur les maladies des *voies urinaires.*

OBSERVATION VII. — *Rétrécissement organique compliqué, de fistules urinaires. — Uréthrotomie ; guérison.*

Antoine Montangerun, âgé de 27 ans, natif de Saint-Point (Saône-et-Loire), est adressé le 19 octobre 1842, par M. le docteur Roy à M. le docteur Pétrequin qui le fait admettre dans son service de chirurgie.

Ce malade a eu, il y a 8 ans, une première blennorrhagie non traitée, qui dura six mois, et en juin dernier, une deuxième qui n'est pas encore arrêtée malgré le traitetement employé. A la fin de juillet, un abcès se forma à la racine des bourses, et s'ouvrit spontanément. Il en est résulté une fistule uréthrale qui, pendant la miction seulement, laisse suinter l'urine. A la même époque environ, le jet urinaire devint très grêle.

A son entrée à l'hôpital on constate les mêmes symptômes, de la douleur en urinant, et la sonde porte-empreinte révèle un rétrécissement à près de 15 centimètres du méat. La verge est très-développée, le cathétérisme est douloureux et occasionne cette espèce de fièvre urêthrale si sem-

blable à un accès de fièvre intermittente. On la combat par des sangsues a l'anus, des lavements émollients, des tisanes adoucissantes, et des pilules de calomel et de sulfate de quinine.

Le 4 novembre. — Le malade se trouve mieux.

Le 8. — On le sonde avec une bougie n° 1, trempée dans la pommade de belladonne, et on répète le cathétérisme pendant quelques jours avec la même sonde. Les accidents fébriles qui avaient disparu, se reproduisent le 13, après l'introduction d'une sonde n° 3. On en triomphe par un lavement avec décoction de quinquina et 6 gouttes de laudanum.

17.— Le malade va bien, on le sonde avec le n° 4.

34. — Mieux progressif; on introduit le n° 6. La fièvre n'est pas revenue; il sort très-peu d'urine par la fistule.

7 décembre. — M. Pétrequin pratique dans le canal une double incision avec l'uréthrotome.

Le 11, on introduit une sonde n° 9; le 16, une n° 10. Mais l'urèthre est douloureux, et on laisse reposer le malade. Jusqu'ici, le cathétérisme s'était fait avec des sondes élastiques; à partir de ce jour, il se fera avec des sondes d'étain (1). La souffrance que cause le passage des sondes et la tendance qu'a le canal à se rétrécir, indiquent une nouvelle opération qui est pratiquée le 25 décembre.

Après cette deuxième incision, on reprit l'usage des sondes, dont on augmentait graduellement le calibre, et le 2 janvier 1843, on introduit sans difficulté le n° 13 (c'est-à-dire quatre lignes de diamètre), qui passa encore bien

---

(1) Je note cela parce que j'aurai à y revenir.

tous les jours suivants ; mais la sensibilité de l'urèthre n'est pas encore émoussée ; le canal s'engorge facilement, le malade se plaint de vives douleurs, et ne supporte la sonde que 10 minutes ; aussi, le 10 janvier, est-on obligé de revenir au n° 11.

Le 18 janvier, on pratique de nouveau une double scarification dans le canal. A partir de ce moment, l'état général et local s'améliora au point de permettre l'introduction du n° 12, qui fut continué jusqu'au 28 du même mois, jour de la sortie du malade. A cette époque, la fistule est fermée, le rétrécissement entièrement surmonté, toutes les fonctions s'exécutent bien ; en un mot, la guérison est complète.

Le malade prendra encore, pendant quelque temps, des grands bains, se sondera tous les deux, puis tous les trois jours, avec la sonde d'étain n° 12.

C'est l'observation attentive de ce malade qui a fait adopter à M. Pétrequin les sondes de métal pour dilater l'urèthre après son incision. La compression ainsi exercée n'en est pas plus douloureuse ; s'il y a quelque différence dans l'efficacité, elle doit être toute au désavantage des sondes les moins résistantes ; et enfin, ce qu'il faut surtout noter, c'est que une sonde métallique, à courbure connue, n'expose pas aux fausses routes, comme une tige flexible qui peut s'engager entre les lèvres des plaies récentes, sans qu'on puisse toujours prévenir cet accident.

J'ajoute que les sondes d'étain favorisent peut-être plus promptement la cicatrisation que les sondes dites de caoutchouc.

On sait combien les rétrécissements *traumatiques* sont rebelles aux méthodes curatives ; leur résistance, leur structure fibreuse et le tissu de cicatrice qui les forme, en

donnent suffisamment l'explication. C'est bien pis encore, quand ils se compliquent d'une fistule périnéale. Voici toutefois un cas où nous avons vu tous ces accidents céder bien vite à l'urèthrotomie pratiquée avec l'instrument (1) de M. Pétrequin.

Observation VIII. — *Rétrécissement traumatique, compliqué d'une fistule urinaire. — Uréthrotomie. — Guérison.*

Le sujet de cette observation est un homme de 47 ans, nommé Jean Vignol, natif de Merle (Loire). Il fut apporté à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Pétrequin, le 4 janvier 1844, à la suite d'une chute qu'il venait de faire, et dans laquelle il s'était violemment contus le périnée, et fait, dans cette région, à la racine des bourses, une plaie que la gravité de son état autorisait à regarder comme d'une importance secondaire dans le pronostic et dans le traitement. Le premier soin fut donc de combattre l'infiltration sanguine et de prévenir l'infiltration urineuse. Ce fut dans ce cas que M. Pétrequin imagina son procédé de *périnéotomie*, qui fut couronné par le plus beau succès. (Voy. *Revue Médicale* 1844 et 1845.) Ce fut le salut du blessé. Un mois après, le malade était hors de danger, et ce fut alors seulement qu'on put s'occuper de la plaie déjà mentionnée; on s'aperçut qu'elle communiquait, par un trajet fistuleux dur et sinueux, avec l'urèthre, et laissait encore échapper quelques gouttes d'urine, à une époque où le malade était dans un état du reste très-satisfaisant.

---

(1) Nous devons dire que l'uréthrotome de M. Pétrequin se trouve, à Paris, chez Charrière, et chez Samson, et à Lyon chez Grandmarain.

Il semble, au premier abord, que l'on eût pu prévenir cette fistule, en laissant, dès les premiers jours du traitement, une sonde à demeure, dans le canal ; mais le malade qui, d'abord l'avait supportée, ne le put bientôt plus, et il l'ôtait chaque fois qu'on l'introduisait.

Lors donc que des difficultés se firent sentir dans l'émission des urines, on sonda le malade, et l'on reconnut, à 13 centimètres du méat, c'est-à-dire au devant de la portion membraneuse, un rétrécissement produit sans doute par la déchirure du canal à la suite de la chute sur le périnée, et derrière lequel devait se trouver l'ouverture qui communiquait, par le trajet fistuleux, avec la plaie extérieure.

Dès le 20 février, quand la sensibilité de l'urèthre se fut modérée, on y introduisit, tous les deux jours, des sondes, d'abord élastiques, puis métalliques, d'un calibre variant entre le n° 4 et le n° 6 ; elles s'engageaient dans le rétrécissement, mais ne le franchissaient pas ; elles restaient en place, pendant une demie heure, et le malade prenait ensuite un grand bain.

Pendant ce temps, la fistule continuait toujours à laisser suinter l'urine, quoique en moins grande quantité; mais le 1er mars, une sonde n° 5, en argent, pénétra, pour la première fois, dans la vessie, et depuis cet instant, la fistule ne donna plus; elle fut réintroduite, les trois jours suivants, avec le même succès.

Le 5 mars. — M. Pétrequin pratique, au moyen de son *urèthrotome*, une double section des brides inodulaires, par une incision bilatérale (mais on regretta plus tard de n'avoir pas fait une deuxième incision antéro-postérieure, c'est-à-dire perpendiculairement au plan de la première et par là même une scarification quadruple, comme d'ha-

bitude); un peu de sang s'est écoulé; on fait une injection huileuse et l'on donne un grand bain.

6. — Une sonde métallique n° 5 passe.

7. — Une sonde élastique n° 7 s'engage, mais n'arrive pas dans la vessie. — Bain de siége. — Les jours suivants, on ne peut parvenir dans la vessie qu'avec une sonde n° 5 qui reste une demi-heure en place. Grand bain.

10. — Les urines sont assez faciles, il est sorti hier un peu de sang par le canal de l'urèthre.

11. — On introduit sans difficulté une bougie n° 6.

12. — On la réintroduit; elle se plie et ne va pas dans la vessie. Du sang s'écoule par l'urèthre. Envies d'uriner moins fréquentes.

13. — La même bougie pénètre dans la vessie. Grand bain.

14. 15. — Même bougie qui se plie dans le canal.

16. 18. — Introduction, jusque dans la vessie, d'une sonde d'argent n° 3. Le point rétréci est très-dur.

22. — Essai d'une bougie de cire n° 7. Grand bain.

26. — M. Pétrequin pratique, au moyen de son urèthrotome, une quadruple section du point rétréci, et fait ensuite une injection d'huile. Grand bain.

28. — Une sonde d'étain n° 8 pénètre dans la vessie. Grand bain.

29. 30. — Une sonde d'étain n° 9 pénètre sans aucune difficulté.

31. — Et les jours suivants une sonde d'étain n° 10 arrive du premier coup, et sans difficulté dans la vessie.

3 avril. — N° 11. Grand bain.

27. — On passe toujours, sans difficulté la même sonde, et le malade peut être considéré, depuis un certain temps, comme guéri. Nous n'avons rien dit de la fistule; elle ne

donne plus d'urine depuis les premiers jours de mars, et s'est cicatrisée complètement quelques jours après. — Il a appris dans ces derniers temps à se cathétériser lui-même. On lui donne une sonde élastique n° 11 et il sort.

Il s'est présenté au commencement de juin; il a continué à se sonder de temps en temps, et la guérison ne s'est pas démentie.

Nous terminerons par une observation relative à la persistance des guérisons obtenues par l'incision méthodique; et, comme exemple ou preuve à ajouter au fait anatomique de M. Martial Dupierris, nous rapporterons l'histoire d'une uréthrotomie pratiquée par M. Pétrequin et suivie pendant plusieurs années; nous emprunterons les propres paroles de cet auteur, qui l'a publiée dans les mémoires de la Société de médecine de Strasbourg.

Observation IX.—*Rétrécissement organique.—Dilatation insuffisante. — Uréthrotomie. — Guérison.*

« Pierre Samson, âgé de 36 ans, tailleur d'habits, de la Lozère, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 22 juin 1840, avec deux rétrécissements de l'urèthre. En 1823, il a été atteint, à Montpellier, d'une première blennorrhagie suivie d'un engorgement du testicule, dont M. Dalmas le traita et le guérit. En 1830, nouvel écoulement; en 1832, troisième blennorrhagie qui coule trois ans; c'est alors qu'apparaissent les premières difficultés d'uriner, qui augmentent pendant cinq ans, et la miction ne s'opère qu'avec effort et par un jet grêle et tenu.

« Le 22 juin 1840, je constate, dit M. Pétrequin, que l'urine ne peut couler que goutte à goutte, et avec tant d'efforts, que le ventre devient douloureux, la tête pe-

sante, etc. Il y a souvent des spasmes, des tremblements des membres, et parfois un peu de fièvre; par intervalles, il y a incontinence d'urine; le malade se trouve mouillé sans s'apercevoir du passage de l'urine ; il a été obligé de quitter ses occupations.

« J'explore le canal, et je trouve un premier rétrécissement à 8 centimètres environ ; j'emploie quelque temps à le vaincre avec des sondes en gomme élastique, qui n'en triomphent qu'à la longue.

« J'arrive ensuite sur un troisième rétrécissement, situé à environ 13 centimètres de profondeur ; il est étroit, très-dur et paraît allongé ; rien ne peut le franchir, ni bougie ni sonde. Les manœuvres du cathétérisme, quoique faites avec méthode et prudence, développent de la douleur et un peu d'inflammation et d'écoulement, ce qui retarde la cure.

« Au mois de septembre, on a gagné plus d'un contimètre sur le rétrécissement, qui se prolonge encore au-delà, et qui est résistant et comme fibro-cartilagineux. A chaque cathétérisme, on pousse et on maintient le bec de la sonde contre le point rétréci, pour opérer ce que Dupuytren appelait la *dilatation vitale*. A cette époque, j'eus à m'absenter pendant quelque temps, et le chirurgien qui me remplaça ne put parvenir à traverser l'obstacle ; il disait n'en avoir jamais vu de semblable. A mon retour, j'eus recours à des bougies en cire, de forme conique, et ce ne fut que le 11 novembre suivant que je pénétrai dans la vessie avec une sonde conique en gomme élastique, d'un petit calibre. Ce fut la cause immédiate d'une grande amélioration.

« Le jet des urines était plus simple et non bifurqué comme jusque-là. La santé générale s'améliora ; mais, jus-

qu'à la fin de décembre, je ne pus rien gagner de plus sur le rétrécissement. C'était un *statu quo* à toute épreuve; j'eus alors à faire un voyage de cinq semaines à Paris. Le chirurgien qui me remplaça ne fut pas plus heureux ; il essaya de passer des sondes métalliques plus fortes ; la douleur l'obligea d'y renoncer, et, à mon retour, en février 1841, je retrouvai le malade à peu près dans le même état qu'à mon départ ; seulement, si l'on cessait le cathétérisme pendant quelques jours, il devenait plus difficile de pénétrer dans la vessie.

Il était donc évident que la dilatation était ici insuffisante, qu'elle n'était que palliative, et le résultat obtenu n'était pas assez satisfaisant. »

(Le 22 février 1841, M. Pétrequin procède à l'incision. Je ne décrirai pas ici la manœuvre, parce qu'elle ne diffère pas essentiellement de celle qui se trouve déjà décrite dans la plupart de nos observations précédentes. Je ferai seulement remarquer que la section du rétrécissement fit entendre un bruit semblable à celui que produit la division de fibro-cartilages ou de tissus tendineux ou aponévrotiques, ainsi que nous l'avons plusieurs fois noté dans le courant de ce mémoire. Dans le cas présent, M. Pétrequin n'introduit qu'une fois l'uréthrotome, c'est-à-dire qu'il ne fait que deux incisions. Il a, depuis longtemps, modifié ce procédé, et maintenant il fait toujours quatre incisions, c'est-à-dire un débridement quadruple. Cela devait être : un nombre double d'incisions augmente notablement le calibre de l'urèthre, et il était tout naturel de se ménager cette chance de succès de plus.)

Je reprends le fil de l'observation, et je laisse de nouveau parler M. Pétrequin.

« Le 25 février, je pratiquai, dit-il, le cathétérisme avec

une facilité qui augmenta encore le 3 mars; je terminai par l'introduction d'une forte bougie du diamètre des grosses sondes Mayor. Quelques jours après, le canal était libre, perméable à la sonde et à l'urine, qui sortait par un jet plus volumineux que jamais, même à l'état normal; la cicatrice était accomplie. Nous gardâmes quelque temps encore l'opéré en observation ; il était joyeux et très-satisfait, jamais il n'avait si bien uriné, et il demandait à sortir depuis plusieurs jours. On le laissa partir le 23 mars en très-bon état. (Extrait de la *Gazette médicale de Srasbourg,* 1842.) »

... Nous avons revu le sieur Samson cinq mois après sa sortie et six mois après l'opération (avril 1841) ; la guérison s'était parfaitement maintenue, et, selon ses expressions, il *urinait comme par un canal*, et mieux qu'il n'avait jamais fait.

Ce résultat heureux ne s'est pas démenti, et, en juin 1843, époque à laquelle M. Pétrequin le vit de nouveau, le malade jouissait encore de tout le bienfait de l'opération.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaires; ils me paraissent justifier tous les préceptes que j'ai avancés dans le cours de ce mémoire, où je me suis efforcé d'examiner l'importante question de l'uréthromie au point de vue de la pratique. J'ai recueilli tous mes matériaux dans le service *public* d'un chirurgien placé à la tête d'un des principaux hôpitaux de l'Europe, et où une foule de médecins ont pu les voir et les suivre comme moi.

Le docteur M. OLIVET.